

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'El  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

**M23-009299**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3453 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZINE LARBI  
Date de naissance :  
Adresse : Rue 4 à 10 Cas. Nelly Achid II  
ex: Bouregma  
Tél. : 666161333 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur SATI Hicham**  
RHUMATOLOGUE  
Bd. Bouziane Résidence Farhatine 5  
Appt. 5 Sidi Othmane - Casablanca  
Tél. : 05 22 37 14 14

Date de consultation : 01.04.2024  
Nom et prénom du malade : Zine Larbi Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Lombosciatalgie  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/04/24	C2		3000M	RHUMATOLOGUE Bd. Bouziane Residence Farhatine 5 Appt. 5 Sidi Othmane - Casablanca Tél.: 05 22 37 14 14

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JAWAD EL AMINE S.A. Hy Mx Rachid 2 Rue 5 N° 60 Casa Tél: 05 22 05 50 2 Fax: 05 22 26 85 0 RC: 325697 - Pat: 39770223	01/04/24	3500M

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire ZIZI DAKOUKI Tél: 05 22 36 84 97/54 - Casablanca	01/04/24	B30	2000M

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Ordonnance

CSC

Le

01/04/26

Mr. (Mme.)

ZINE LABI

HBAC

G A J

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Avenue du Phare Résidence KENZ  
N°5 Racine Extension Bourgogne  
Tel: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Avenue du Phare Résidence KENZ  
N°5 Racine Extension Bourgogne  
Tel: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

Cachet du médecin

Docteur SATTI Hicham  
Rhinologie  
Résidence KENZ  
N°5 Racine Extension Bourgogne  
Bd. Bouziane Casablanca  
05 22 36 87 49/54



# Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie  
Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Américain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue

Casablanca, le : 01/04/24 : الدار البيضاء هي :



## الدكتور هشام ساطع

إختصاصي أمراض المفاصل  
والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات  
الفرنسية سابقا

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم  
والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- شهادة الترويض الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

بالموعد - التوقيت المستمر

37,70



Depot 80g En

Pharmacie JAWAD EL AMINE sari  
Hy My Rachid 2 Rue 5 N°60 Casa  
Tél: 0522705502 Fax: 0522726850  
RC 325697 - Pat: 39770223

56,20



Hypon 10g

27,60



93,90

Pharmacie JAWAD EL AMINE sari  
Hy My Rachid 2 Rue 5 N°60 Casa  
Tél: 0522705502 Fax: 0522726850  
RC 325697 - Pat: 39770223

135,10



350,50

No 302 2g

LOT/EXP.:

HJ1561  
07/2028  
P.P.V.: 37DH70

le on

PPV : 56 DH 20

# BREXIN<sup>®</sup> comprimés effervescents

## Piroxicam b $\beta$ -cyclodextrine

PPV : 93 DH 90

### Effets indésirables :

Les plus fréquents sont les suivants :

Effets gastro-intestinaux comme : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

Réactions cutanéomuqueuses : éruption, prurit, rares cas de photosensibilisation, stomatites.

Enfant de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau en cas de varicelle rapportées.

### Précautions d'emploi :

Les patients présentant un asthme associé à une rhinite chronique, à une sinusite chronique et / ou à une polyposse nasale, ont un risque de manifestation allergique lors de la prise d'aspirine et / ou d'AINS plus élevé que le reste de la population. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme.

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement.

La survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

En cas de varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

La prescription d'AINS ne doit être envisagée que si nécessaire pendant les 5 premiers mois de la grossesse, et elle est contre-indiquée à partir du 6<sup>ème</sup> mois.

Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence. En cas de surdosage, procéder à un transfert immédiat en milieu hospitalier.

Enfant de moins de 15 ans : lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

### Mode d'emploi et posologie :

Réservé à l'adulte. Se conformer à la prescription médicale.

Les comprimés effervescents doivent être dissous dans un verre d'eau.

Les comprimés doivent être pris au cours d'un des 3 repas.

### Formes et autres présentations :

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 10 sachets

### Liste I (Tableau A)

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.

..... 20 mg  
..... 1 comprimé

de, spondylarthrite ankylosante (ou  
matisme psoriasique),

tes, bursites et affections aiguës post-

par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche telles que  
ce hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.

partam.

autres AINS.

# MYANTALGIC®

(Tramadol Paracétamol)

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV: 27DH60

XP 05/2025  
OT 31015 6

NS

..... 37,50 mg  
..... 325,00 mg  
..... 1 comprimé pelliculé  
..... 37,50 mg  
..... 325,00 mg  
..... 1 comprimé effervescent

Excipients :

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique de niveau II.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants.

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits déprimeurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/min).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion).
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.





08/4/24

Rx

85

A + Boel

2 hne.

Docteur SATI Hicham  
RHU/ACIC3UE  
Appt. 5 Sidi  
Bd. Bouziane  
Tél : 05 22 37 14 14



**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES**

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766

ICE : 00168 1325 000031

INPE : 093001295



IF : 41404766

**FACTURE N° : 2404150109**

Casablanca le 15-04-2024  
Prescripteur : Dr HICHAM SATI

**Mr ZINE Larbi**

Demande N° 2404150109

Date de l'examen : 15-04-2024

Correspondant : DAKHLA

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham s

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES  
Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ  
N°5 Racine Extension Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 36 87 49 Fax: 0522 36 87 54